Alessitimia, tossicodipendenza e percezione del funzionamento familiare. Un'indagine esplorativa

Alexythymia, drug addiction and perception of family functioning. An exploratory investigation

Alessandra Salerno*, Mariachiara Patti°, Aluette Merenda*

*Università degli Studi di Palermo,
Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche,
dell'Esercizio Fisico e della Formazione,
Viale Delle Scienze, 90100 - Palermo;
alessandra.salerno@unipa.it;
aluette.merenda@unipa.it.
° mariachiarapatti.psi@gmail.com

Ricevuto: 05.03.2024 **- Accettato**: 15.10.2024

Pubblicato online: 07.02.2025

Riassunto

Lo studio qui presentato si è posto gli obiettivi di analizzare le differenze tra tossicodipendenti e non dipendenti in merito al funzionamento familiare e all'alessitimia e di approfondire le differenze interindividuali dei tossicodipendenti relative alle dimensioni del funzionamento familiare. Alla ricerca hanno partecipato 15 persone in trattamento per dipendenze patologiche da alcol e/o altre sostanze psicoattive presso una comunità terapeutico-riabilitativa e 15 persone non dipendenti da sostanze. Dal confronto fra i due gruppi sono emerse differenze significative: il gruppo dei tossicodipendenti presenta un funzionamento familiare globale peggiore e dei livelli di alessitimia più alti. L'analisi delle differenze interindividuali all'interno del

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

gruppo clinico ha evidenziato profili familiari variegati e non omogenei, ma accomunati in larga misura da un marcato disimpegno.

Parole chiave: Dipendenze patologiche, eziopatogenesi, funzionamento familiare, modello circonflesso di Olson, regolazione emotiva, alessitimia.

Abstract

The present study aimed to analyze the differences between drug addicts and non-addicts, in regard to family functioning and alexithymia, and also to investigate inter-individual differences of drug addicts relating to the dimensions of family functioning. The research involved 15 participants being treated for addictions to alcohol and/or other drugs in a therapeutic community and 15 subjects who were not addicted to substances. Significant differences emerged from the comparison between the two groups: the drug addict group has worse family functioning and higher levels of alexithymia. The analysis of inter-individual differences within the clinical group highlighted varied and non-homogeneous family profiles, but largely united by a marked disengagement.

Key Words: Addictions, etiopathogenesis, family functioning, Olson's circumplex model, emotional regulation, alexithymia.

La famiglia del tossicodipendente

Non è certamente possibile ricondurre ad un unico fattore l'eziologia di un fenomeno complesso come quello delle dipendenze patologiche. È tuttavia importante rintracciare nella configurazione di questo sintomo la sorgente del dolore del soggetto che lo manifesta. Infatti, la presenza del disturbo si manifesta come un maldestro tentativo di autocurare o di celare tale dolore, spesso rintracciabile nella struttura dei legami, con particolare riferimento a quelli familiari (Bowen, 1979; Framo, 1992; Williamson, 1991).

In un'ottica sistemico-relazionale, alcuni autori invitano a chiedersi se le dipendenze patologiche non siano, in fondo, dei disperati tentativi di sostituire le dipendenze sane – si pensi, ad esempio, all'attaccamento e all'accudimento del neonato e del bambino, poi al contenimento affettivo dell'adolescente, alla dipendenza dal gruppo dei pari, specie nei momenti stressanti e conflittuali, e così via – che ognuno di noi sperimenta durante tutto il ciclo di vita (Andolfi e Mascellani, 2010; Klein, 1959; Fonagy e Target, 2001; Ennis e Trearty, 2019). Selvini Palazzoli (1984) sostiene, a tal proposito, che

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

l'organizzazione familiare del soggetto tossicodipendente può aver ostacolato inconsapevolmente i tentativi dell'adolescente di realizzare uno sviluppo autentico e di assumersi la responsabilità di se stesso.

L'abuso di sostanze si delinea così come una difficoltà non individuale, bensì dell'intero nucleo familiare (Jedrzejczak, 2005), nell'affrontare con successo i compiti evolutivi dello stadio adolescenziale, durante il quale i genitori non sono riusciti a far sentire il figlio abbastanza autonomo e differenziato, rispondendo in maniera inadeguata, rigida od oppositiva ai comportamenti contraddittori del figlio (Cirillo *et al*., 2017) e non riuscendo ad assecondare in maniera flessibile i tentativi del ragazzo di differenziarsi, fornendogli la "base sicura" da cui partire e a cui fare ritorno nei momenti di difficoltà (Josselson, 1980; Bowlby, 1988; Hauser, Powers e Noam, 1991; Bergeret, 2001).

Talvolta, infatti, il processo di conquista dell'autonomia da parte del ragazzo si blocca e la contrapposizione tra i suoi bisogni di appartenenza e di separazione crea in lui degli stati di ansia, di sofferenza e di turbamento, che egli potrebbe decidere di evitare attraverso l'uso – e l'abuso – delle sostanze, che diventano, in questo senso, un rifugio dalla realtà, con il suo bagaglio di complessità, nonché dalle proprie responsabilità (Andolfi e Mascellani, 2010). Bisogna, tuttavia, tenere conto del fatto che l'esito patologico delle relazioni familiari è decifrabile all'interno di una cornice di fattori di rischio interni, ma anche esterni alla famiglia stessa (Selvini, 1994).

Tra i terapeuti della famiglia che si sono dedicati allo studio delle dipendenze patologiche (Coleman e Davis, 1978; Angel, Defrance e Sternschuss-Angel, 1983; Gilli e Cairo, 1990; Madanes, Dukes e Harbin, 1980; Harbin e Maziar, 1975; Kaufman e Kaufman, 1979; Eiguer, 1989; Babst *et al*., 1978; Friedman *et al*., 1980; Coombs e Landsverk, 1988; Hogue *et al*., 2022), spiccano Luigi Cancrini (1982, 1987) e Stefano Cirillo insieme ai suoi colleghi (1996, 2017), i quali hanno proposto dei modelli teorici per lo studio del fenomeno. Le tipologie di tossicodipendenza individuate da questi autori si differenziano nella natura e nella causa originaria del sintomo, dunque anche nel trattamento e nel tipo di intervento che si rende necessario: ad esempio, la tossicodipendenza traumatica individuata da Cancrini (1982, 1987), originando da un'esperienza improvvisa e dolorosa, può risolversi nell'elaborazione di tale evento attraverso una terapia individuale, mentre quella nevrotica – che prende forma da un dolore che coinvolge l'intero sistema familiare, come nel caso di triangolazioni del soggetto o confini dei sottosistemi familiari particolarmente sfumati – necessita di un trattamento di terapia familiare.

Concordando con gli studi di Cancrini, anche Cirillo e colleghi (1996, 2017) rintracciano nella dipendenza non una malattia causata da una droga,

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ma un tentativo di autocurarsi (Cancrini e Mazzoni, 1991), allontanando, cioè, l'angoscia attraverso la gratificazione immediata ricavata dalla sostanza, e, al contempo, cercando di comunicare con il sistema relazionale di cui il soggetto fa parte (Vinci, 2017). Hanno, dunque, durante gli anni dedicati al lavoro con i tossicodipendenti e con le loro famiglie, evidenziato tre percorsi eziopatogenetici del fenomeno; tutti e tre seguono le stesse fasi di sviluppo, poiché il sintomo affonda le radici nelle famiglie d'origine di entrambi i genitori del tossicodipendente, nel loro modo di svincolarsi da queste e nella loro individuazione, nel rapporto di coppia e nel successivo accudimento del figlio, dall'infanzia all'adolescenza. I percorsi sono caratterizzati ed accomunati dall'abbandono affettivo – che si manifesta in maniera differente nei tre casi – che la persona sperimenta all'interno del proprio contesto familiare, insieme allo scenario trigenerazionale che contribuisce all'attribuzione di senso alla conformazione del sintomo del dipendente.

Emozioni e dipendenza

La dipendenza da sostanze si lega, spesso, non solo al disperato tentativo di autocura, ma anche all'incapacità di riconoscere e di gestire adeguatamente i propri stati emotivi, che ha come conseguenza la tendenza ad anestetizzarli (Cirillo *et al*., 2017). La regolazione emotiva consente alla persona di attivare processi interni ed esterni, per cercare di migliorare le emozioni indesiderate al fine di raggiungere stati emotivi più tollerabili (Naragon-Gainey, McMahon e Chacko, 2017): in tal senso, l'abuso di sostanze può fungere da meccanismo esterno di regolazione per raggiungere delle emozioni piacevoli, ma anche per sopprimere quelle spiacevoli. Tale abuso lenisce in maniera immediata le sofferenze dell'individuo (Hall e Queener, 2007). Tuttavia, il sollievo immediato produce un effetto reiterativo che porta l'individuo a mettere in atto tale comportamento sempre più frequentemente, poiché la soglia della tolleranza alla frustrazione – concetto che rimanda alla capacità di una persona di fare esperienza e di resistere alle situazioni stressanti ed emotivamente spiacevoli (Leyro, Zvolensky e Bernstein, 2010; Cameron, Reed e Ninnemann, 2013) – si abbassa fino ad arrivare ad una vera e propria intolleranza (Henschel *et al.*, 2021), che comporta il mantenimento della condotta disfunzionale, la quale, così, si cronicizza (Hall e Queener, 2007). Uno degli aspetti preminenti della regolazione emotiva è l'alessitimia, che si caratterizza, appunto, per un deficit nel processamento e nella regolazione delle emozioni (Bagby e Taylor, 1997; Gratz e Roemer, 2004). Tale costrutto, introdotto per la prima volta da Sifneos (1973, 1996), è oggi considerato come la combinazione di due componenti fondamentali:

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

quella affettiva, che include le difficoltà nell'identificare e nell'esprimere verbalmente le proprie emozioni e la ridotta capacità di distinguere le esperienze emotive da quelle fisiologiche; e la componente cognitiva, che include una carenza nelle capacità di immaginare e di sognare ad occhi aperti, nonché una modalità di pensiero concretamente orientata all'esterno (Czernecka e Szymura, 2008).

Numerosi studi (ad esempio: Cecero e Holmstrom, 1997; Evren *et al*., 2008; Shishido, Gaher e Simons, 2013; Ghalehban e Besharat, 2011; Farges *et al*., 2004; Colesso, 2012; Thorberg *et al*., 2009; Uzun *et al*., 2003) hanno dimostrato che l'alessitimia sia maggiormente presente in soggetti dipendenti da sostanze d'abuso – soprattutto da oppioidi (Giynas Ayhan *et al*., 2018) e, più specificamente, da eroina (Payer, Lieberman e London, 2011; Hamidi *et al*., 2010) – rispetto alla popolazione generale.

Lo sviluppo delle abilità emotive e dell'alessitimia nel contesto familiare

Il filo conduttore che lega quanto finora descritto è essenzialmente il legame, con particolare riferimento a quello familiare: è all'interno della famiglia, infatti, che si realizza la formazione individuale, sociale e relazionale-affettiva di ciascuno (Field, 1994; Lozada e Brown, 2020). In tale contesto, il concetto di alessitimia vede la sua strutturazione nei tratti di personalità di una persona proprio in seno alla comunicazione familiare e al legame di attaccamento che si instaura con le prime figure significative per il bambino (Barone e Bacchini, 2009). Concordi con numerosi studi (ad esempio: Howe e Ross, 1990; Berenbaum e James, 1994), Kench e Irwin (2000) sostengono l'idea che l'ambiente familiare in età infantile sia un fattore che assume rilevanza nello sviluppo di tendenze alessitimiche dell'adulto: i risultati dello studio da loro condotto sottolineano l'importanza di un funzionamento familiare che garantisca al bambino non solo il permesso, ma anche l'incoraggiamento ad esprimere agli altri i propri sentimenti, le proprie emozioni e le proprie opinioni, poiché emerge che in età adulta l'alessitimia sia legata alla povertà espressiva durante l'infanzia. Queste premesse risultano favorevoli alla comprensione di quanto la presenza di eventuali carenze infantili nelle abilità emotive siano alla base di quella disregolazione emotiva che si associa all'assunzione di alcolici o di altre droghe (Hessler e Katz, 2010). Inoltre, è stato affermato che lo stile genitoriale – specialmente se caratterizzato da accudimento lacunoso contrassegnato da carenza e trascuratezza da parte della madre (Thorberg *et al*., 2011; Montebarocci *et al*., 2004; Lyvers *et al*., 2019) – e un attaccamento di tipo evitante predìcano lo sviluppo di tratti alessitimici (De Rick e Vanheule, 2006). Come riportato da Spencer e Boughner

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

(2020), una carenza nell'accudimento, la percezione di negligenza, nonché di iperprotezione e di uno stile genitoriale intrusivo, possono portare a relazioni di tipo controllante, insufficienti dal punto di vista affettivo. Questa trascuratezza emotiva può ostacolare il normale sviluppo della regolazione emotiva, inclusa l'abilità di identificare e nominare le emozioni provate da se stesso o da altri. Topino, Gori e Cacioppo (2021) hanno indagato, con un campione di giocatori d'azzardo *online*, l'interazione tra alessitimia, dissociazione – che, nelle dipendenze, si configura come un disfunzionale distacco collegato al desiderio di evasione dall'esperienza di provare emozioni spiacevoli (Cartmill, Slatter e Wilkie, 2015; Dixon *et al*., 2014) – e funzionamento familiare – basato su flessibilità e coesione, secondo il modello circonflesso di Olson e colleghi (1989). Dai risultati emerge non solo l'influenza dell'alessitimia sul gioco d'azzardo patologico, ma anche un ruolo di mediazione della dissociazione tra l'alessitimia e la dipendenza e un ruolo moderatore del funzionamento familiare coeso nell'influenza della dissociazione sul *gambling*; in altri termini, i *deficit* nell'elaborazione e nella regolazione affettiva possono impedire ai *gamblers* di contenere il disagio interno, tentando di regolarlo con mezzi esterni (Di Trani *et al*., 2017; Estévez *et al*., 2022). La dissociazione può essere vista come un tentativo estremo di regolare gli stati emotivi, impedendone l'elaborazione funzionale ed alimentando, invece, strategie di *coping* esterne e disfunzionali, come la dipendenza (Gori *et al*., 2022; Rogier e Velotti, 2018; Rogier, Capone e Velotti, 2022). Tuttavia, questo effetto è stato moderato dal funzionamento familiare coeso, così da rendere non significativo statisticamente la relazione tra la dissociazione e i livelli di gioco d'azzardo: il funzionamento familiare adattivo e coeso può rappresentare un fattore di protezione importante per compensare parzialmente le carenze personali e limitare il loro esito nella dipendenza patologica (Dowling *et al*., 2017; Dickson, Derevensky e Gupta, 2008).

La ricerca

Obiettivi

Gli scopi del presente studio riguardano, innanzitutto, la rilevazione di eventuali differenze nella percezione del funzionamento familiare della propria famiglia d'origine e nei livelli di alessitimia, fra persone con dipendenza patologica da sostanze e coloro che, invece, non sono dipendenti. In particolare, le ipotesi di partenza sono volte a verificare che (a) i partecipanti dipendenti presentino livelli più alti di alessitimia – sia nella globalità, sia per quanto riguarda le singole componenti del costrutto, cioè la difficoltà ad

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

identificare le emozioni, la difficoltà nell'esprimerle ed il pensiero orientato verso l'esterno – e (b) un funzionamento familiare – anch'esso indagato sia in maniera globale sia prendendo in analisi le sottocomponenti inerenti la flessibilità e la coesione familiare – peggiore rispetto ai non-dipendenti.

Infine, © ultimo obiettivo alla base di questa ricerca è stato quello di approfondire l'aspetto relativo al funzionamento familiare del gruppo dei tossicodipendenti, andando ad individuare gli aspetti maggiormente carenziali in queste famiglie e mettendo, pertanto, in evidenza similitudini e differenze fra i diversi stili familiari emersi, con riferimento a quelli delineati da Olson e colleghi (2004).

Metodo

Partecipanti

Alla ricerca hanno preso parte 30 adulti maschi, suddivisi in due gruppi: (a) un *gruppo clinico*, costituito da 15 persone dipendenti da sostanze, in trattamento e riabilitazione presso una comunità terapeutica siciliana; e (b) un *gruppo non-clinico*, bilanciato per età, composto da 15 uomini non dipendenti da sostanze. Per rendere comparabile questo gruppo con quello clinico, i criteri di selezione dei partecipanti previsti sono stati: residenza in Sicilia, appartenenza al genere maschile, dichiarazione di non-dipendenza da sostanze, non solo al momento della compilazione, ma durante tutto il percorso di vita. I partecipanti del gruppo clinico avevano un'età compresa tra 28 e 54 anni (M = 43.87, DS = 8.25), quelli del gruppo non clinico avevano un'età compresa tra 23 e 62 anni (M = 41.20, DS = 12.28).

Strumenti

A tutti i partecipanti sono stati somministrati una scheda anagrafica e due questionari: il TAS-20 (Bagby, Parker e Taylor, 1994) nell'adattamento italiano (Bressi *et al*., 1996); ed il FACES IV (Olson *et al*., 2004), anch'esso nella versione italiana, validata da Visani, Di Nuovo e Loriedo (2014).

La scheda anagrafica ha consentito di rilevare le seguenti informazioni: età del partecipante, livello di istruzione, situazione abitativa e relazionale, numero di figli, composizione della famiglia d'origine, ordine nella fratria ed eventuale conferma dello stato di dipendenza con specificazione della sostanza elettiva d'abuso. Queste informazioni hanno costituito le variabili socio-anagrafiche dello studio.

Il questionario *self-report* TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*) ha rilevato i livelli di alessitimia dei partecipanti, attraverso una lista di 20 affermazioni con possibilità di rispondere esprimendo il proprio grado di accordo su una

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

scala Likert a 5 punti, dove 1 indica totale disaccordo e 5 un pieno accordo con l'*item*. Il test permette di rilevare un punteggio globale e tre punteggi relativi alle sottoscale che consentono di indagare le componenti affettive e quella cognitiva del costrutto: difficoltà nell'identificazione delle emozioni (7 *items*); difficoltà nell'espressione delle emozioni (5 *items*); e, infine, pensiero orientato verso l'esterno (8 *items*). Secondo i punteggi *cut-off* indicati dagli autori, punteggi globali uguali o superiori a 61 indicano la presenza di alessitimia, quelli inferiori o uguali a 50 sono indice di assenza del costrutto misurato e nella fascia tra 51 e 60 sono compresi i punteggi considerati *borderline*, cioè in una fascia intermedia tra la presenza e l'assenza delle difficoltà emotive cui si fa riferimento (Taylor, Bagby e Parker, 1997).

Le variabili riferibili agli stili familiari sono state indagate attraverso la somministrazione del FACES IV – acronimo di *Flexibility and Cohesion Evaluation Scales* nella sua ultima versione (Visani *et al*., 2014) – anch'esso un questionario *self-report* con possibilità di espressione del grado di accordo su una scala Likert a 5 punti.

Questo strumento si basa sul "modello circonflesso dei sistemi coniugali e familiari" di Olson (Olson, Russell e Sprenkle, 1989), che ipotizza come centrali per lo studio del sistema familiare le dimensioni della coesione, della flessibilità e della comunicazione – le prime hanno una funzione esplicativa del modello di funzionamento, mentre la terza assume un ruolo facilitante.

Nello specifico, la coesione può essere definita, secondo l'autore, come il legame emotivo esistente fra i membri della famiglia (Olson e Gorall, 2003). Essa, riprendendo il concetto di confine di Minuchin (1974), definisce l'equilibrio fra senso di appartenenza e di separazione all'interno del nucleo familiare. La flessibilità, invece, è la capacità della famiglia in quanto sistema, di sapersi adattare a tutte le fasi del ciclo vitale, ma anche al contesto socioculturale e, quindi, di fronteggiare gli eventi ed i cambiamenti, sia interni, sia esterni; può essere definita come la qualità dell'organizzazione, l'espressione della *leadeship* all'interno della famiglia (Olson, 2008), riprendendo i concetti di guida, di regole, e di negoziazione (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967; Hoffman, 1986; Keeney, 1983).

Uno dei concetti fondanti del modello circonflesso è quello di bilanciamento: ognuna delle due dimensioni sopradescritte può essere vista come un *continuum* sul quale i punteggi centrali sono quelli più bilanciati e, quindi, più funzionali, mentre ai due estremi si collocano le polarità disfunzionali (Walsh e Olson, 1989): nel caso della coesione, gli estremi sono il disimpegno, da una parte, e l'ipercoinvolgimento, dall'altra; mentre le polarità della flessibilità sono quella della rigidità e quella della disorganizzazione.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Dai punteggi ottenuti nelle diverse sottoscale, è possibile estrarre un profilo familiare secondo la percezione del soggetto; gli autori (Olson, Gorall e Tiesel, 2004) hanno proposto sei profili tipici:

1) le famiglie bilanciate, che presentano punteggi più alti nelle scale bilanciate e più bassi in quelle sbilanciate, indicando un buon funzionamento generale;
2) le famiglie rigidamente coese si distinguono per punteggi alti nella scala della coesione bilanciata ed in quella della rigidità, medi nella flessibilità bilanciata e nell'ipercoinvolgimento, con valori bassi nella disorganizzazione e nel disimpegno, indicando un elevato grado di vicinanza emotiva tra i membri della famiglia, ma un elevato grado di rigidità che potrebbe ostacolare il buon funzionamento del nucleo familiare al cospetto di circostanze che richiedano un ripensamento degli equilibri familiari;
3) le famiglie intermedie invece sono definite da punteggi mendi su tutte le scale, ad eccezione di quella della rigidità, che potrebbe presentare valori particolarmente bassi o, al contrario, molto alti, rimandando ad un funzionamento familiare in generale adeguato;
4) le famiglie flessibili-sbilanciate sono caratterizzate da punteggi elevati su tutte le scale, ad eccezione di quella della coesione, che potrebbe presentare punteggi da medi a bassi, indicando un funzionamento potenzialmente problematico, ma con la flessibilità che si pone come fattore di protezione;
5) le famiglie disimpegnate-disorganizzate presentano generalmente punteggi bassi nelle scale bilanciate, oltre che in quelle della rigidità e dell'ipercoinvolgimento, a fronte di valori alti in quelle del disimpegno e della disorganizzazione, che si manifestano come difficoltà nel coinvolgimento emotivo tra i membri della famiglia e nelle capacità decisionali;
6) infine, le famiglie sbilanciate sono caratterizzate dalla presenza di punteggi alti nelle scale sbilanciate, appunto, e bassi in quelle bilanciate; sono le famiglie che presentano un funzionamento maggiormente disfunzionale e confuso, che tenderà a mantenere il sistema in una situazione di stallo familiare.

In termini operativi, le basi teoriche del questionario fin qui descritte si traducono in un questionario composto da 62 *items* volti all'individuazione dei punteggi relativi alle sottoscale riportate – cioè: coesione bilanciata, flessibilità bilanciata, disimpegno, ipercoinvolgimento, rigidità, disorganizzazione e comunicazione – insieme alla scala della soddisfazione, che valuta il grado di soddisfazione, per l'appunto, percepito dal soggetto in merito ad alcuni aspetti dell'organizzazione e dei legami familiari – sempre su una scala da 1 a 5. Gli *items* riferibili alle 6 subscale delle dimensioni di coesione

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

e flessibilità sono 7 per ciascuna scala (per un totale di 42 *items*), invece le scale della comunicazione e della soddisfazione sono entrambe composte da 10 *items*.

I punteggi grezzi ricavati dalle sottoscale coesione e flessibilità bilanciate, disimpegno, ipercoinvolgimento, rigidità e disorganizzazione del FACES IV sono stati, come da indicazione dell'autore (Olson, 2008), trasformati in percentili. I punteggi relativi alle scale del questionario TAS-20 sono stati analizzati in quanto punteggi grezzi. Inoltre, per quanto riguarda il test FACES IV, sono state utilizzate le *ratio* come variabili unitarie dei costrutti, cioè i rapporti tra scale bilanciate e sbilanciate della coesione e della flessibilità, che valutano il grado di equilibrio esistente nella percezione del funzionamento familiare fra le prime e le seconde. I valori restituiti dal calcolo delle *ratio* – che sono tre: una per la coesione, una per la flessibilità ed una globale – ci danno informazioni su quanto sia funzionale il tratto preso in esame attraverso l'uso dei dati ricavati dalle diverse sottoscale: valori alti e comunque maggiori o uguali a 1 indicano un funzionamento adattivo, in quanto più è alto il punteggio, maggiore è il peso delle scale bilanciate su quelle sbilanciate, quindi rappresentano quelle famiglie in cui vi sono buona coesione e flessibilità, e, pertanto, un buon funzionamento familiare; viceversa, punteggi inferiori ad 1, indicano tratti disfunzionali. Per la prima parte dell'analisi dei dati sono state, dunque, utilizzate proprio le *ratio* piuttosto che le singole sottoscale, poiché esse «rappresentano l'indicatore principale per valutare lo stile familiare» (Visani *et al*., 2014, p. 54).

Procedura

La somministrazione degli strumenti è avvenuta, per tutti i partecipanti, nei mesi di novembre e dicembre del 2022, in modalità individuale o in piccolo gruppo.

Prima di tutto, sono state esposte le finalità del presente studio all'*équipe* della comunità terapeutica, in un incontro che ha previsto la presenza della responsabile della struttura e del progetto terapeutico, e di altri operatori e psicologi che lavorano in comunità. Dopo aver ricevuto il consenso alla somministrazione dei questionari, si è provveduto ad informare gli utenti residenti in struttura, sotto la supervisione della responsabile di sede, delle finalità generali dello studio e, su base volontaria, ognuno ha deciso se prendere parte alla ricerca, oppure no. Coloro che hanno aderito all'iniziativa hanno sottoscritto il consenso al trattamento dei dati. Ad ogni somministrazione, sono state chiarite nuovamente le finalità generali del progetto e sono state fornite le istruzioni per la compilazione dei questionari, specificando che il FACES richiedesse una compilazione basata sulla propria famiglia d'origine,

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

anche nel caso in cui i partecipanti avessero creato un nuovo nucleo familiare.

Anche per i partecipanti appartenenti al gruppo non clinico sono state esposte le stesse finalità generali e sono state fornite uguali istruzioni; inoltre, in questo caso, è stato garantito l'anonimato dei questionari.

Piano delle analisi

Prima di procedere con l'analisi dei dati ricavati dagli strumenti somministrati, è stata condotta un'analisi preliminare, volta a determinare l'accuratezza degli stessi, nonché l'assenza di *outlier*, quindi la normalità delle distribuzioni delle variabili prese in esame e la linearità delle relazioni fra queste.

Sono state, quindi, analizzate le correlazioni fra le variabili riguardanti il funzionamento familiare e l'alessitimia attraverso l'applicazione del coefficiente *r* di Pearson sull'intero campione.

Successivamente, sono stati confrontati i due gruppi – quello clinico e quello non clinico – con l'applicazione del test *t* di Student per campioni indipendenti, per verificare le differenze esistenti nelle scale relative all'alessitimia ed in quelle inerenti il funzionamento familiare. Nei casi in cui si sia reso necessario, è stato calcolato l'indice di dimensione dell'effetto *d* di Cohen, per ricavare informazioni più accurate in merito alla forza di tali differenze fra i due gruppi: infatti, attenendoci ai valori normativi (Cohen, 1988), otteniamo un effetto di piccole dimensioni quando $0.20 \leq d \leq 0.49$, un effetto medio quando $0.50 \leq d \leq 0.79$ e un effetto grande con $d \geq 0.80$.

Infine, sono stati analizzati con maggiore accuratezza i dati relativi al funzionamento familiare nel gruppo dei soggetti dipendenti da sostanze, presentando i profili individuali del gruppo suddiviso per sostanza elettiva d'abuso. Per fare ciò, sono stati presi in considerazione i punteggi delle singole sottoscale, sia quelle bilanciate sia quelle sbilanciate, della coesione e della flessibilità.

Tutte le analisi prese in esame sono state condotte utilizzando i software *Statistical Package for the Social Sciences – IBM SPSS Statistics 20.0* e *Microsoft Excel 2019 MSO*.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Risultati

Analisi preliminare

Le medie e le deviazioni standard in riferimento, rispettivamente, al funzionamento familiare e all'alessitimia – dei due costrutti in maniera globale e anche delle sottodimensioni – di tutti i partecipanti sono riportati nelle *Tabelle 1* e *2*.

Tab. 1 – *Medie e deviazioni standard delle variabili riferibili al funzionamento familiare dell'intero campione*

	Ratio globale	*Ratio coesione*	*Ratio flessibilità*
M	1.06	1.24	1.35
DS	0.67	1.76	1.80

Tab. 2 – *Medie e deviazioni standard delle variabili riferibili all'alessitimia dell'intero campione*

	Alessitimia globale	*Difficoltà ad identificare le emozioni*	*Difficoltà ad esprimere le emozioni*	*Pensiero orientato all'esterno*
M	47.87	15.90	13.83	18.13
DS	12.69	7.38	4.57	4.23

Correlazione tra alessitimia e funzionamento familiare. Sono state analizzate, attraverso il coefficiente *r* di Pearson, le correlazioni esistenti tra le dimensioni del funzionamento familiare – le *ratio* della coesione e della flessibilità – e quelle dell'alessitimia, in riferimento all'intero campione dei partecipanti. I risultati emersi sono presentati all'interno della *Tabella 3*.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab.3 – *Correlazione tra le dimensioni del funzionamento familiare e all'alessitimia*

		1	2	3	4	5
1	Ratio coesione	-				
2	Ratio flessibilità	0.13	-			
3	Difficoltà ad identificare le emozioni	0.00	-0.30	-		
4	Difficoltà ad esprimere le emozioni	-0.39*	-0.29	0.57**	-	
5	Pensiero orientato all'esterno	-0.04	-0.27	0.27	0.32	-

**p < .05. ** p < .01*

Come si nota, risultati statisticamente significativi emergono solo per quanto riguarda la dimensione inerente la difficoltà nell'espressione delle emozioni, la quale correla negativamente con la *ratio* della coesione ed in maniera positiva con la sottodimensione dell'alessitimia che riguarda la difficoltà nell'identificazione delle emozioni.

Differenza tra i gruppi nell'alessitimia e nel funzionamento familiare. I risultati relativi alla differenza fra gruppo clinico e gruppo non clinico, per quanto riguarda tutte le dimensioni dell'alessitimia e del funzionamento familiare, sono sintetizzati nelle *Tabelle 4* e 5, le quali riportano le medie e le deviazioni standard dei due gruppi, il test *t* e l'indice *d* di Cohen.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab. 4 – *Medie, deviazioni standard, test* t *per le variabili relative all'alessitimia e dimensione dell'effetto*

	Gruppo clinico		*Gruppo non clinico*			
	M	*DS*	*M*	*DS*	*t* (28)	*d*
Alessitimia globale	53.00	12.43	42.73	11.07	2.39*	0.87
Difficoltà ad identificare le emozioni	18.33	8.61	13.47	5.10	1.88	0.69
Difficoltà ad esprimere le emozioni	15.20	4.55	12.47	4.31	1.69	0.62
Pensiero orientato all'esterno	19.47	4.02	16.80	4.14	1.79	0.65

**p < .05*

Questi risultati dimostrano che i due gruppi differiscono in maniera statisticamente significativa nei livelli di alessitimia, ma solo nella sua dimensione globale, con un effetto forte ($d = 0.87$). Per i singoli costrutti che riguardano le componenti affettive e quella cognitiva dell'alessitimia, i risultati non raggiungono la significatività statistica, nonostante l'indice *d* rimandi a dimensioni moderate dell'effetto.

Prima di presentare i risultati relativi al funzionamento familiare, risulta utile evidenziare come, all'interno del gruppo clinico, su 15 soggetti, solo 2 hanno mostrato una *ratio* globale superiore ad 1 – che, come precedentemente descritto, delinea un funzionamento globale adattivo.

3 superano la soglia di 1 per la dimensione della coesione, mentre per la flessibilità familiare sono 4 i soggetti che dimostrano un buon adattamento.

Invece, il gruppo non clinico mostra di avere un funzionamento globale adattivo ed una coesione familiare funzionale nell'80% dei casi, a fronte di un 20% che presenta in queste due dimensioni un punteggio inferiore ad 1. La flessibilità risulta funzionale nell'86.7% dei soggetti, cioè per 13 su 15.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab. 5 – *Medie, deviazioni standard, test* t *per le variabili relative al funzionamento familiare e dimensione dell'effetto*

	Gruppo clinico		*Gruppo non clinico*			
	M	*DS*	*M*	*DS*	*t* (28)	*d*
Ratio Globale	0.68	0.42	1.45	0.67	-3.76***	1.38
Ratio Coesione	0.76	0.72	1.73	2.32	-1.55	0.56
Ratio Flessibilità	0.68	0.42	2.02	2.36	-2.17*	0.79

**p < .05. *** p < .001*

I risultati riportati nella *Tabella 5* mostrano una differenza significativa tra i due gruppi sia nel funzionamento familiare globale, con un effetto di notevoli dimensioni ($d = 1.38$), sia nella flessibilità familiare, con un effetto di dimensioni moderate. La *ratio* della coesione non raggiunge la significatività statistica, quindi la differenza tra i due gruppi, in questo caso, non può essere confermata.

Riassumendo, i risultati suggeriscono differenze significative solo per il punteggio globale dell'alessitimia, il punteggio globale del funzionamento familiare e la flessibilità della famiglia. L'indice *d* determina, per questi risultati, un effetto grande per quanto riguarda l'alessitimia e la *ratio* globale ed uno moderato per la dimensione della flessibilità.

Differenze interindividuali tra i soggetti dipendenti. Dopo aver visto le differenze tra i due gruppi, saranno di seguito presentati i risultati relativi ai singoli profili emersi dal FACES IV per i partecipanti del gruppo clinico, differenziati rispetto al tipo di sostanza.

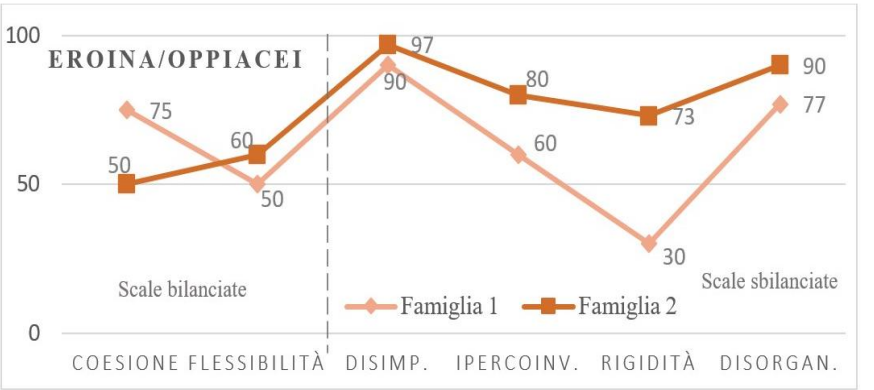
Nello specifico, la *Figura 1* presenta i profili delle due persone dipendenti primariamente da eroina e/o altri oppiacei. Questo grafico, come anche gli altri che seguiranno, mostrano sulla sinistra le scale bilanciate e sulla destra quelle sbilanciate della coesione e della flessibilità. I valori si muovono in un *range* che va da 1 a 100.

Uno dei due uomini dipendenti principalmente da eroina presenta un funzionamento familiare riferibile perlopiù ad uno stile disimpegnato-disorganizzato (Famiglia 1), messo in evidenza dai picchi presenti, appunto, nelle dimensioni della disorganizzazione e del disimpegno. Tuttavia, essa presenta buoni livelli di coesione bilanciata come fattore di protezione. La Famiglia 2

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

presenta, invece, un funzionamento flessibile-sbilanciato, con un punteggio moderato nella flessibilità bilanciata che si pone come protezione, a fronte degli alti punteggi ottenuti sulle scale sbilanciate e di un valore basso nella coesione bilanciata.

Figura 1 – *Profili familiari degli utenti dipendenti da eroina o altri oppiacei*



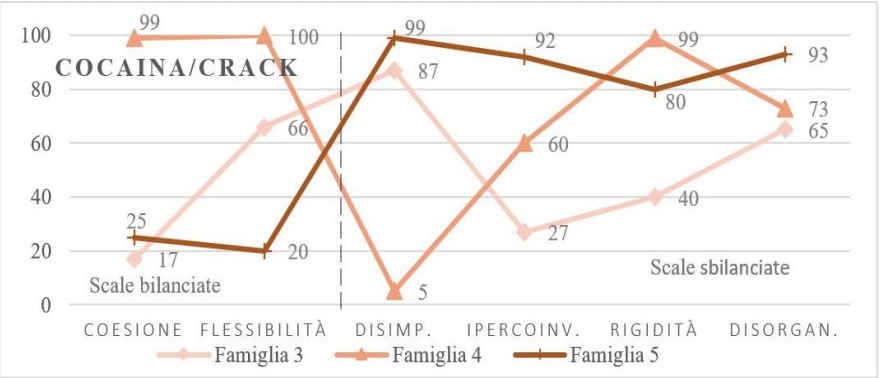
La *Figura 2* riporta i profili familiari percepiti dai tre utenti dipendenti da cocaina e/o crack. La varietà interindividuale in questo caso è notevole: la Famiglia 3 sembra essere, anche in questo caso, una famiglia disimpegnata disorganizzata, con una buona flessibilità bilanciata come fattore protettivo.

La Famiglia 4, invece, viene riportata dal soggetto come una famiglia bilanciata: entrambe le scale bilanciate presentano valori massimi, con un disimpegno minimo. Anomalo risulta solo il picco nella scala della rigidità, che, sebbene nel tipico profilo bilanciato essa si rilevi ad un livello più alto, in questo caso si presenta come un punteggio quasi massimo. Il profilo emerso in questo caso porta ad una *ratio* globale alta, con valori superiori ad 1 – e, perciò, funzionali – anche nelle altre due *ratio* – quella della coesione e quella della flessibilità.

La Famiglia 5, infine, ci mostra in maniera chiara il profilo tipico di una famiglia sbilanciata: valori bassi nelle scale funzionali e punteggi elevati su tutte le altre scale. In questo caso, i valori delle tre *ratio*, contrariamente al caso precedente, si aggirano tutti intorno allo 0.25.

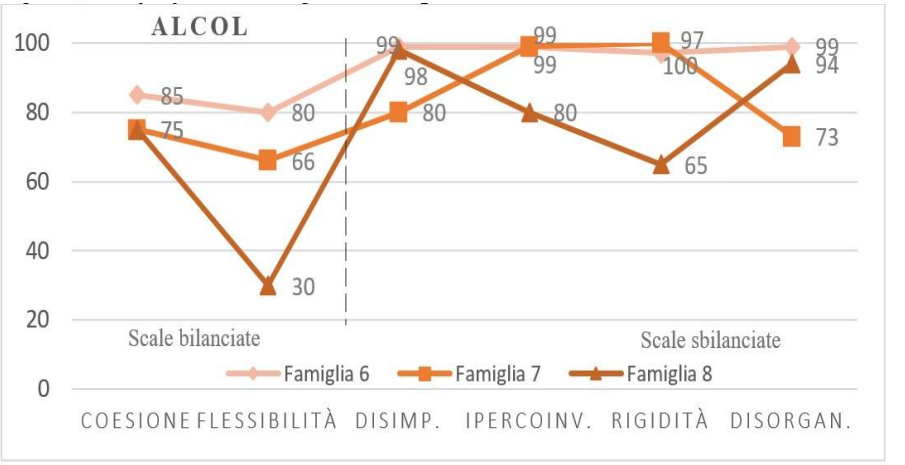
Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Figura 2 – *Profili familiari degli utenti dipendenti da cocaina e/o crack*



La *Figura 3* riporta gli stili familiari emersi nei 3 soggetti alcol-dipendenti: ad esclusione della Famiglia 8 che sembra essere di tipo disimpegnato-disorganizzato, le altre due famiglie sembrano avere uno stile sbilanciato con punteggi anomali nelle scale bilanciate, che rappresentano dei fattori protettivi per la ricerca di un equilibrio familiare.

Figura 3 – *Profili familiari degli utenti dipendenti da alcol*

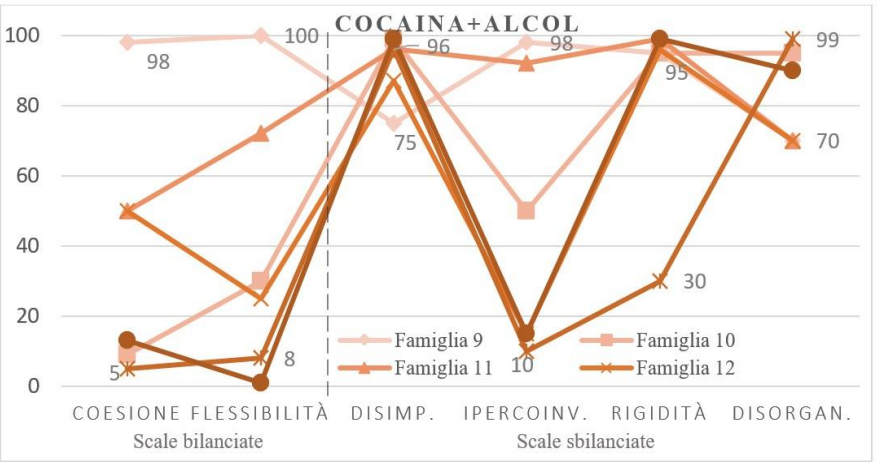


Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Come precedentemente riportato, la maggior parte dei partecipanti in trattamento, presentava una dipendenza dall'associazione di cocaina e/o crack e alcool.

La *Figura 4* riporta, infatti, 6 profili, che presentano delle notevoli analogie tra loro: la presenza di valori perlopiù bassi nelle due scale bilanciate – eccezion fatta per la Famiglia 9, che riporta punteggi massimi anche in queste scale, oltre che a valori moderatamente alti nelle scale disimpegno e disorganizzazione e punteggi quasi massimi nell'ambito della rigidità e dell'ipercoinvolgimento, esitando, comunque in risultati superiori ad 1 in tutte e tre le *ratio*.

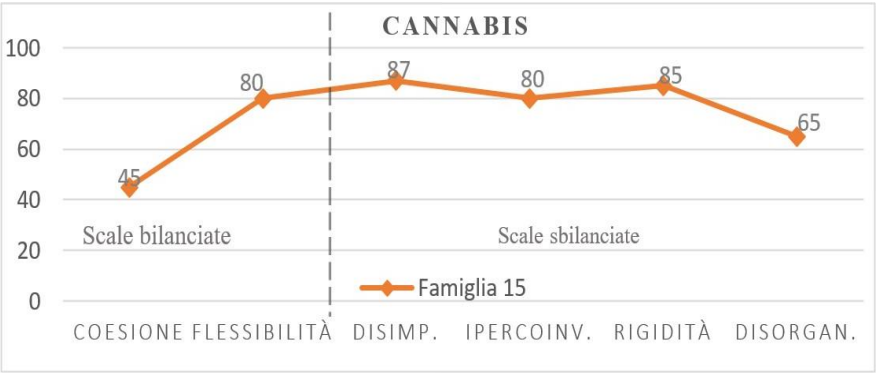
Figura 4 – *Profili familiari degli utenti dipendenti dalla combinazione di alcol e cocaina/crack*



Il grafico mette in evidenza come tutti e 6 i profili riportino, nella famiglia d'origine da cui provengono un elevatissimo grado di disimpegno, che denota legami familiari deboli e quindi relazioni "slegate" e poco coinvolte. Non tutti riportano valori elevati nell'ipercoinvolgimento, mentre un picco si rileva anche per quanto concerne i livelli di rigidità familiare, con valori elevati anche nella dimensione caotica.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Figura 5 – *Profilo familiare dell'utente dipendente da cannabis*



Infine, la *Figura 5* riporta il profilo familiare emerso dalle risposte al questionario dell'unico utente dipendente primariamente da cannabis.

Anche in questo caso, si tratta di una famiglia non equilibrata, con valori alti in quasi tutte le scale sbilanciate – solo la disorganizzazione sembra avere un valore più moderato – a fronte di un ottimo punteggio anche nella scala bilanciata della flessibilità, che si pone come una buona risorsa familiare.

Per concludere la sezione dedicata ai profili familiari emersi nel gruppo dei soggetti dipendenti, vengono di seguito riportate le statistiche in merito ai punteggi delle scale della comunicazione e della soddisfazione del questionario: poco più della metà – il 53.3% del gruppo – presenta livelli di comunicazione familiare bassi e medio-bassi; una percentuale poco più alta – il 60% del gruppo – si dichiara complessivamente molto o del tutto insoddisfatto della propria famiglia d'origine.

Discussione dei risultati ottenuti

I risultati ottenuti dal confronto fra i gruppi confermano solo parzialmente le ipotesi di partenza: le persone tossicodipendenti sembrano presentare un maggiore livello di alessitimia rispetto a quelle appartenenti al gruppo di confronto, ma solo al livello globale, poiché non sono emerse differenze significative nelle sottodimensioni relative alle difficoltà nell'identificazione e nell'espressione delle emozioni, né per la dimensione cognitiva legata allo stile di pensiero orientato all'esterno; inoltre, per quanto riguarda il funzionamento familiare, esso sembra essere – nella sua globalità ed in riferimento alla dimensione della flessibilità – significativamente inferiore nel gruppo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

dei tossicodipendenti rispetto a quello dei non dipendenti. Dai risultati, infatti, non emergono significative differenze concernenti la coesione tra i componenti delle famiglie dell'intero campione, ma i tossicodipendenti sembrano provenire da famiglie meno funzionali e globalmente equilibrate rispetto ai non dipendenti. Tali differenze emergono anche in merito alla flessibilità: coloro che non dipendono da sostanze sembrano avere delle famiglie d'origine più flessibili nell'adattamento ai cambiamenti, nella gestione familiare, nell'espressione della leadership all'interno del sistema familiare, ecc.

Un aspetto interessante che emerge dall'indagine riguarda i risultati della correlazione tra le dimensioni del funzionamento familiare e quelle dell'alessitimia, che non confermano appieno il presupposto teorico indagato precedentemente – e supportato dai riferimenti sopracitati – che esista un legame forte fra il funzionamento familiare e la presenza di tratti alessitimici. Come si è visto, unico risultato significativo, seppur debole, è la correlazione negativa tra la difficoltà ad esprimere le emozioni e la coesione familiare, la quale suggerisce che al crescere dell'equilibrio tra appartenenza e separazione che lega i familiari, aumenti la capacità di esprimere liberamente le proprie emozioni.

Dal confronto dei profili familiari dei soggetti in trattamento presso la comunità terapeutica emergono interessanti differenze e analogie interindividuali, come è emerso dai grafici presentati nel precedente paragrafo. Come era stato accennato, solo pochi soggetti hanno mostrato *ratio* equilibrate nelle tre dimensioni considerate. Questo è derivato dalla presenza di profili perlopiù disfunzionali e sbilanciati: ciò che più accomuna questi profili, sembra essere, non tanto il valore riportato sulle scale bilanciate della coesione e della flessibilità – valori che si presentano variegati, in realtà – quanto, piuttosto, gli esiti dei rapporti fra le scale bilanciate e quelle sbilanciate. Inoltre, come i grafici hanno mostrato, le famiglie d'origine dei tossicodipendenti del campione del presente studio, appaiono perlopiù disimpegnate, faticando, cioè, a percepirsi in quanto unità familiare legata da valori, sentimenti ed attività condivise: ognuno preferisce trascorrere il proprio tempo fuori casa oppure dentro casa, ma non in compagnia degli altri familiari (Visani *et al*., 2014). In alcune famiglie i valori alti anche nell'estremo opposto della coesione – l'ipercoinvolgimento – indicano uno stile familiare confuso, che presenterà delle continue oscillazioni tra un estremo e l'altro, senza trovare un vero equilibrio fra appartenenza e separazione, equilibrio che è, invece, presente nelle famiglie che presentano buoni livelli sulla scala bilanciata della coesione.

Per quanto concerne la dimensione della flessibilità, quasi tutti i soggetti presentano valori alti o medio-alti di disorganizzazione familiare, che denotano un tipo di famiglia «senza "timone" che si dirige nel mare della vita

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

senza una direzione precisa» (Visani *et al.*, 2014, p. 75). Per contro, molte famiglie presentano valori alti anche nella scala della rigidità, denotando, anche qui, l'oscillazione tra un certo grado di confusione – nei ruoli, nelle regole, nell'affrontare i cambiamenti che contrassegnano il passaggio da una fase del ciclo di vita della famiglia ad un'altra – ed un'inflessibilità che impedisce lo scambio e la negoziazione tra i membri della famiglia.

Conclusioni

Il presente studio conferma alcuni già citati risultati precedentemente ottenuti in merito alla presenza di livelli alessitimici più alti nei soggetti tossicodipendenti che in quelli non dipendenti (Cecero e Holmstrom, 1997; Evren *et al*., 2008; Shishido *et al*., 2013; Ghalehban e Besharat, 2011; Farges *et al*., 2004; Colesso, 2012; Thorberg *et al*., 2009; Uzun *et al*., 2003), seppure con un effetto significativo statisticamente solo nella dimensione globale e non nelle sottodimensioni. Inoltre, anche in merito al funzionamento familiare, i risultati riportati sono affini a quelli già indagati: ad esempio, uno studio di Visani e colleghi (2014), ha evidenziato la presenza di stili familiari disfunzionali nei tossicodipendenti che hanno preso parte alla ricerca (il 64% del campione presentava una *ratio* globale inferiore ad 1; il 68% ed il 67% dei partecipanti avevano livelli inferiori all'1 nelle *ratio* di, rispettivamente, coesione e flessibilità).

Tuttavia, bisogna tener conto dei limiti dello stesso: primo fra tutti è l'esiguità del campione. I risultati ottenuti, sebbene confermino in parte le ipotesi di partenza, e riproducano – come appena descritto – risultati ottenuti da altri autori, dovrebbero essere approfonditi con un numero maggiore di casi, avendo così modo di ampliare la fascia dei partecipanti in merito non solo all'età, ma anche al genere. Il presente studio, infatti, è stato condotto in una comunità terapeutica che accoglie un numero limitato di persone, tutte di sesso maschile, che intraprendono in struttura un percorso della durata di almeno 14 mesi e che, pertanto, non presenta un frequente ricambio di utenti. Inoltre, la presente comunità utilizza un approccio prettamente psicoterapeutico nel trattamento delle dipendenze: questo comporta l'acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza, da parte degli utenti, in merito alla propria persona, alle proprie emozioni, nonché al proprio percorso relazionale, familiare e sociale. Pertanto, il fatto che la rilevazione dei dati sia avvenuta in un contesto terapeutico potrebbe aver influito sugli esiti ottenuti – soprattutto per gli utenti ad un livello più avanzato del percorso: lavorare in maniera costante e per lunghi periodi sugli aspetti maggiormente lacunosi della propria personalità e dei propri schemi comportamenti ricorrenti dovrebbe

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

portare, secondo gli scopi della terapia stessa, ad un miglioramento di queste aree. Un altro limite dello studio, pertanto, è rappresentato dal fatto che, ad esempio, il trattamento possa aver migliorato i livelli di alessitimia degli utenti rispetto ai livelli iniziali che, concettualmente, si sono voluti esaminare con la presente ricerca. Inoltre, è di grande rilevanza il fatto che le misure adottate per la rilevazione dei dati siano state costituite esclusivamente da questionari *self-report*: non sono stati raccolti i dati di interesse attraverso modalità di rilevazione esterna, bensì interna, basata sulla percezione del soggetto in merito alla propria famiglia e alle proprie emozioni. Questo elemento potrebbe rappresentare un'ulteriore critica allo studio, come alcuni autori (Lane *et al*., 1997) hanno già messo in evidenza nei confronti del questionario TAS-20, utilizzato anche in questo studio. Tuttavia, è stata dimostrata l'affidabilità della rilevazione dei costrutti sia del TAS-20 (Taylor, Bagby e Luminet, 2000), sia del FACES IV (Olson, 2008; Visani *et al.*, 2014). Pertanto, in una prospettiva futura, sarebbe auspicabile non tanto la sostituzione di tali modalità di rilevazione, quanto l'integrazione di ulteriori criteri di osservazione esterna; ad esempio, per un'analisi più completa degli stili familiari – specialmente per rispondere ad una valutazione più clinica e qualitativa – la somministrazione del FACES IV potrebbe essere estesa a tutto il nucleo familiare che si intende osservare, e/o essere affiancata ad un'osservazione esterna, tramite l'utilizzo della *Clinical Rating Scale* (Olson, 1988), che è una griglia che consente ad un osservatore esterno di valutare le dimensioni del modello circonflesso di Olson.

In conclusione, quanto emerso da questa ricerca, con i suoi punti di forza ed i suoi limiti, offre degli spunti per ulteriori approfondimenti futuri su questi temi, ampliandone le prospettive nonché l'area d'indagine.

Riferimenti bibliografici

Andolfi, M., & Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.

Angel, P., Defrance, J., & Sternschuss-Angel, S. (1983). Analyse critique de la littérature sur le toxicomane et sa famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de reseaux, 6,* 23-34.

Babst, D. V., Deren, S., Schmeidler, J., & Lipton, D. S., (1978). A study of family affinity and substance use. *Journal of Drug Education*, *8,* 29-40. DOI: 10.2190/DG9F-DBMP-K8YY-8VTR.

Bagby, R. M., & Taylo,r G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A., editors, *Disorders of Affects Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (pp. 26-45). Cambridge: Cambridge University Press.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Bagby, R. M., Parker J., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scala-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.

Barone, L., & Bacchini, D. (2009). *Le emozioni nello sviluppo relazionale e morale*. Milano: Raffaello Cortina.

Berenbaum, H., & James T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 353-359. DOI: 10.1097/00006842-199407000-00011.

Bergeret, J. (2001). *Toxicomanie et personnalité*. Parigi: Presses Universitaires de France (trad. it.: *Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità*. Bari: Edizioni Dedalo).

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic books (trad. it.: *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).

Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, *41,* 551-559. DOI: 10.1016/S0022-3999(96)00228-0.

Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del Sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.

Cameron, A., Reed, K. P., & Ninnemann, A. (2013). Reactivity to negative affect in smokers: the role of implicit associations and distress tolerance in smoking cessation. *Addictive Behaviors*, *38*, 2905-2912. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.08.012.

Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: NIS.

Cancrini, L. (1987). *La psicoterapia. Grammatica e sintassi*. Roma: NIS.

Cancrini, L., & Mazzoni, S. (1991). Famiglia e droga: Dall'autoterapia alla richiesta d'aiuto. In: Malagoli, Togliatti, M., &Telfener, U., a cura di, *Dall'individuo al sistema* (pp. 286-300). Torino: Bollati Boringhieri.

Cartmill, T., Slatter, T., & Wilkie, B. (2015). The role of anxiety and dissociation in young Australian gamblers. *Journal of Gambling Studies*, *31*, 1215-1226. DOI: 10.1007/s10899-014-9510-1.

Cecero, J. J., & Holmstrom, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, *53*, 201-208. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199704)53:3<201::aid-jclp2>3.0.co;2-u.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (2017). *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca*, (2nd edition). Milano: Raffaello Cortina.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Coleman, S. B., & Davis, D. I. (1978). Family therapy and drug abuse: A national survey. *Family Process*, *17*, 21-29. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1978.00021.x.

Colesso, W. (2012). Alexithymia Dimensions in Addiction. In Cusinato, M., & L'Abate, L., a cura di, *Advances in Relational Competence Theory* (chap. 15). New York: Nova Science Publisher.

Coombs, R. H., & Landsverk, J. (1988). Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. *Journal of Marriage and Family*, *50*, 473-482. DOI: 10.2307/352012.

Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia - Imagination - Creativity. *Personality and Individual Differences*, *45*, 445-450. DOI: 10.1016/j.paid.2008.05.019.

De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, *31*, 1265-1270. DOI: 10.1016/j.addbeh.2005.08.010.

Di Trani, M., Renzi, A., Vari, C., Zavattini, G. C., & Solano, L. (2017). Gambling disorder and affect regulation: The role of alexithymia and attachment style. *Journal of Gambing. Studies*, *33*, 649-659. DOI: 10.1007/s10899-016-9637-3.

Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: Examining risk and protective factors. *International Gambling Studies*, *8*, 25-47. DOI: 10.1080/14459790701870118.

Dixon, M. J., Graydon, C., Harrigan, K. A., Wojtowicz, L., Siu, V., & Fugelsang, J. A. (2014). The allure of multi-line games in modern slot machines. *Addiction*, *109*, 1920-1928. DOI: 10.1111/add.12675.

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, *51*, 109-124. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.008.

Eiguer, A. (1989). Complicités perverses entre le toxicomane et sa famille. *Chemins cliniques. Adolescences. Toxicomanies*. Toulouse: PUM Presses Universitaires du Midi.

Ennis, E., & Trearty, K. (2019). Attachment orientations and adult alcohol use among those with childhood adversities. *Journal of Individual Differences, 40*(4), 187-193. DOI: 10.1027/1614-0001/a000291.

Estévez, A., Jauregui, P., Macía, L., & Martín-Pérez, C. (2022). Alexithymia and Emotion Regulation Strategies in Adolescent Gamblers with and Without At-Risk Profiles. *Journal of Gambling Studies, 38*(1), 15-29. DOI: 10.1007/s10899-021-10057-8.

Evren, C., Kose, S., Sayar, K., Ozcelik, B., Borckardt, J. P., Elhai, J .D., & Cloninger, C. R. (2008). Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*, 371-378. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2008.01829.x.

Farges, F., Corcos, M., Speranza, M., Loas, G., Pérez-Diaz, F., Venisse, J. L., Lang, F., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, P. (2004). Alexithymie et toxicomanie: [Alexithymia, depression and drug addiction]. *Encephale*, *30*(3), 201-211. DOI: 10.1016/s0013-7006(04)95431-0.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 208-227. DOI: 10.2307/1166147.

Fonagy. P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.

Framo, J. L. (1992). *Family-Of-Origin Therapy. An Intergenerational Approach*. New York: Routledge (trad. it.: *Terapia intergenerazionale. Un modello di lavoro con la famiglia d'origine*. Milano: Raffaello Cortina, 1996).

Friedman, A. S., Pomerance, E., Sanders, R., Santo, Y., & Utada, A. (1980). The structure and problems of the families of adolescent drug abusers. *Contemporary Drug Problems, 9*, 327-356.

Ghalehban, M., & Besharat, M. A. (2011). Examination and comparison of alexithymia and selfregulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 38-42. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.008.

Gilli, G. M., & Cairo, M. T. (1990). Famiglia e tossicodipendenza: il dibattito e le ricerche. *Quaderni del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, 11*.

Giynas, A. M., Seven, H., Ozturk, A. H., Kirci, E. S., Demirel, B., & Eren, I. (2018). Alexithymia and self-esteem in a sample of opioid dependent males: a controlled study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*, 968-979. DOI: 10.1007/s11469-018-9998-1.

Gori, A., Topino, E., Craparo, G., Bagnoli, I., Caretti, V., & Schimmenti, A. (2022). A Comprehensive Model for Gambling Behaviors: Assessment of the Factors that can Contribute to the Vulnerability and Maintenance of Gambling Disorder. *Journal of Gambling Studies, 38*(1), 235-251. DOI: 10.1007/s10899-021-10024-3.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54.
DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

Hall, D. H., & Queener, J. E. (2007). Self-medication hypothesis of substance use: testing Khantzian's updated theory. *Journal of Psychoactive Drugs*, *39*, 151-158. DOI: 10.1080/02791072.2007.10399873.

Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., & Abdolmanafi, A. (2010). A study and comparison of alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 1367-1370. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.289.

Harbin, H. T., & Maziar, H. M. (1975). The families of drug abusers: A literature review. *Family Process*, *14*, 411-431. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1975.00411.x.

Hauser, S. T., Powers, S. I., & Noam, G. G. (1991). *Adolescents and Their Families: Paths of Ego Development*. New York: The Free Press.

Henschel, A.V., Flanagan, J.C., Augur, I.F., Jeffirs, S.M., & Back, S. E. (2021). Motives for prescription opioid use: The role of alexithymia and distress tolerance.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

American Academy of Addiction Psychiatry, *31*, 55-60. DOI: 10.1111/ajad.13230.

Hessler, D. M., & Katz, L. F. (2010). Brief report: associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of Adolescence*, *33*, 241-246. DOI: 10.1016/j.adolescence.2009.04.007.

Hoffman, L. (1986). Beyond Power and Control: Toward a Second Order Family System Therapy. *Family Systems Medicine*, *3*, 381-396. DOI: 10.1037/h0089674.

Hogue, A., Schumm, J., A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010-2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, *48*(1), 178-203. DOI: 10.1111/jmft.12546.

Howe, N., & Ross, H. S. (1990). Socialization, perspective-taking, and the sibling relationship. *Developmental Psychology*, *26*(1), 160-165. DOI: 10.1037/0012-1649.26.1.160.

Jedrzejczak, M. (2005). Family and environmental factors of drug addiction among young recruits. *Military Medicine*, *170*(8), 688-90. DOI: 10.7205/milmed.170.8.688.

Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. In: Adelson, J., editor, *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley.

Kaufman, E., & Kaufman, P. (1979). *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner Press.

Keeney, B. (1983). *Aesthetics of Change*. New York: The Guilford Press.

Kench, S., & Irwin, H. J. (2000). Alexithymia and Childhood Family Environment. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 737-745. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<737::AID-JCLP4>3.0.CO;2-U.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A.W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?. *Biological Psychiatry*, *42*, 834-844. DOI: 10.1016/s0006-3223(97)00050-4.

Lozada, F. T., & Brown, D.W. (2020). Emotion Socialization in the Family. In: Hupp, S. and Jewell, J., editors, *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*. DOI: 10.1002/9781119171492.wecad183.

Klein, M. (1959). *La psychanalise des enfants.* Parigi: PUF.

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, *136*(4), 576-600. DOI: 10.1037/a0019712.

Lyvers, M., Mayer, K., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2019). Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(7), 1288-1304. DOI: 10.1002/jclp.22772.

Madanes, C., Dukes, J., & Harbin, H. (1980). Family Ties of Heroin Addicts. *Archives of General Psychiatry*, *37*(8), 889-894. DOI: 10.1001/archpsyc.1980.01780210047004.

Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it.: *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1976).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *36*, 499-507. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00110-7.

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: a meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143, 384-427. DOI: 10.1037/bul0000093.

Olson, D. H. (1988). *Clinical Rating Scale (CRS) for the Circumplex Model of Marital and Family Systems* (rev.). St. Paul, MN: University of Minnesota, Department of Family Social Science.

Olson, D. H. (2008). *FACES IV Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumflex model of Marital and Family Systems. In: Walsh, F., editor, *Normal Family Process* (3rd edition). New York: Guilford.

Olson, D. H., Gorall, D. M., & Tiesel, J. W. (2004). *FACES IV Package*. Minneapolis, MN: Life Innovations.

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. London, UK: Routledge.

Payer, D. E., Lieberman, M. D., & London, E. D. (2011). Neural correlates of affect processing and aggression in methamphetamine dependence. *Archives of General Psychiatry, 68*, 271-282. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.154.

Rogier, G., & Velotti, P. (2018). Conceptualizing gambling disorder with the process model of emotion regulation. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*, 239-251. DOI: 10.1556/2006.7.2018.52.

Rogier, G., Capone, A., & Velotti, P. (2022). Emotion regulation strategies and dissociation in Gambling Disorder. *International Gambling Studies*, *22*(1), 18-36. DOI: 10.1080/14459795.2021.1949622.

Selvini, M. (1994). Segreti familiari: Quando il paziente non lo sa. *Terapia familiare*, *45*, 5-17. http://www.scuolamaraselvini.it/files/SELVINI.M.Segreti%20familiari.pdf

Selvini, Palazzoli M. (1984). La crisi adolescenziale come informazione. *Famiglia oggi*, *13/14,* 249-255.

Shishido, H., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2013). I don't know how I feel, therefore I act: alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Addictive Behaviors, 38,* 2014-2017. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.014.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*(2-6), 255-262. DOI: 10.1159/000286529.

Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry, 153*(7), 137-142. DOI: 10.1176/ajp.153.7.137.

Spencer, C. J., & Boughner, E. N. (2020). Alexithymia. In Carducci, B. J., & Nave, C. S., editors, *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences, Volume III* (first edition). New York: Wiley.

Taylor, G.,J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessement of alexithymia. Self-report and observerrated measures. In Parker, J. D.A., & Bar-On, R., editors, *The*

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

handbook of emotional intelligence (pp. 301-319). San Fransisco, CA: Jossey Bass.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, *34*, 237-245. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.10.016.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: a meta-analysis. *European Psychiatry*, *26*, 187-193. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.09.010.

Topino, E., Gori , A., & Cacioppo, M. (2021). Alexithymia, Dissociation, and Family Functioning in a Sample of Online Gamblers: A Moderated Mediation Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 13291. DOI: 10.3390/ijerph182413291.

Uzun, O., Ates, A., Cansever, A., & Ozsahin, A. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 349-352. DOI:10.1016/S0010-440X(03)00009-9.

Vinci, G. (2017). Prefazione. In Cirillo, S., Berrini,, R., Cambiaso G., & Mazza, R., *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca* (pp. XI-XVI). Milano: Raffaello Cortina.

Visani, E., Di Nuovo, S., & Loriedo, C., a cura di (2014). *Il Faces IV. Il modello circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca*. Milano: FrancoAngeli.

Walsh, F., & Olson, D. H. (1989). Utility of the Circumplex Model with Severely Dysfunctional Family Systems. In Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H., editors, *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* (2nd edition). New York: Haworth.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication.* New York: W. W. Norton & Co.

Williamson, D. S. (1991). *The Intimacy Paradox*. New York: Guilford Press.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org